



Ordine
dei tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
di **Bologna**

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3

APPLICARE MARCA DA BOLLO

€ 16,00

**Al Presidente dell'Ordine dei
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione e della Prevenzione di Bologna**

PEC: bologna@pec.tsrn.org

e, p.c.

Al Presidente dell'Ordine dei
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione e della Prevenzione
di _____

DOMANDA DI TRASFERIMENTO DELL'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a a _____ il ____/____/____ prov. _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

Via/P.zza _____ n° _____

Tel/Cell _____ E-mail _____

PEC _____

attualmente iscritto/a all'Albo Professionale dei/degli _____

_____ al n° _____ dell'Ordine dei TSRM e delle PSTRP di _____

a seguito del trasferimento nella città metropolitana di Bologna:

del domicilio professionale prevalente

della propria residenza

Ordine TSRM e PSTRP di Bologna

Ufficio: Galleria Ugo Bassi, 1 - 40121 Bologna – Tel. 051.008168

Sito web: www.bolognatsrmpstrp.it – Email: bologna@tsrm.org – PEC: bologna@pec.tsrn.org

CF: 80080390372 – Codice Univoco: UFGVKH



Ordine
dei tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
di Bologna

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3

CHIEDE

di trasferire la propria iscrizione all'Albo Professionale dei/degli
_____ tenuto dall'Ordine dei TSRM e delle PSTRP
di _____ a quello tenuto
dall'Ordine dei TSRM e delle PSTRP di Bologna, come ai sensi della legge vigente, e pertanto
prego di inviare all'Ordine TSRM e PSTRP di Bologna il proprio fascicolo personale.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.
445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi sotto la propria
responsabilità

DICHIARA

- di avere conseguito il Diploma di Laurea di _____
presso l'Università degli Studi di _____;
- di godere dei diritti civili;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di
prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario
giudiziale ai sensi della normativa vigente;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;
- di essere in regola con il versamento dei tributi annuali degli anni precedenti e di quello
in corso;

Ordine TSRM e PSTRP di Bologna

Ufficio: Galleria Ugo Bassi, 1 - 40121 Bologna – Tel. 051.008168

Sito web: www.bolognatsrmpstrp.it – Email: bologna@tsrm.org – PEC: bologna@pec.tsrm.org

CF: 80080390372 – Codice Univoco: UFGVKH



Ordine
dei tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
di Bologna

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara inoltre:

• di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;

• di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale per la protezione dei Dati Personali EU 679/2016 (GDPR) che, il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato da parte dell'Ordine TSRM e PSTRP di Bologna - in qualità di Titolare del trattamento - al fine di attivare l'istruttoria nonché per la gestione di ogni altro adempimento di legge legato alle procedure di trasferimento.

Ai sensi dell'art. 6 del GDPR, il conferimento dei dati per l'espletamento delle finalità suindicate ha natura obbligatoria in quanto richiesto per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico nonché per l'assolvimento di obblighi stabiliti da leggi (D.M. Salute 13 marzo 2018) e regolamenti. Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati richiesti non consentirà il corretto prosieguo del sopracitato iter amministrativo, unitamente all'impossibilità in alcuni casi di adempiere ad obblighi normativi.

Si precisa che l'Ordine TSRM e PSTRP di Bologna tratterà i dati personali conferiti con modalità informatiche e cartacee, nell'ambito dell'esecuzione di un compito di interesse pubblico e per le finalità di legge previste degli Ordini Professionali TSRM e PSTRP.

I dati contenuti nel presente modulo non saranno diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli coinvolti nella gestione dell'Ordine. Potranno essere comunicati ad altri enti pubblici e alle Autorità competenti in relazione ai quali è previsto l'obbligo di comunicazione - se previsto dalla normativa vigente - o su richiesta di soggetti legittimati a richiederli.

I dati personali forniti, oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate, saranno conservati per il periodo temporale legato alle finalità dell'iscrizione all'Albo e per quelle istituzionali dell'Ordine. È comunque Vs. facoltà esercitare tutti i diritti previsti dagli artt. 15-22 del citato regolamento. Per tutte le questioni relative al trattamento dei dati e all'esercizio dei citati diritti, Lei potrà contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD / DPO) al seguente indirizzo e-mail: dpobologna@tsrm.org.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto e compreso l'informativa ex art. 13 Reg. UE 2016/679 (GDPR) relativa al trattamento dei propri dati personali, visionabile anche al seguente Link: [INFORMATIVA AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE](#)

(luogo e data)

(firma)

Ordine TSRM e PSTRP di Bologna

Ufficio: Galleria Ugo Bassi, 1 - 40121 Bologna – Tel. 051.008168

Sito web: www.bolognatsrmpstrp.it – Email: bologna@tsrm.org – PEC: bologna@pec.tsrm.org

CF: 80080390372 – Codice Univoco: UFGVKH